

La cuenta del socio que se indica a continuación refleja el siguiente balance tentativo sujeto a revisión final:

Nombre del socio: GONZALEZ VAZQUEZ JORGE L.

Agencia: DEPTO. CORRECCION Y REHABILITACION

Seguro Social : 4642

Balance deuda a : JUNIO de 2017

Balance deuda aplicando Ahorros y Dividendos: \$42.00

Para que así conste, firmo la presente, hoy **09 de Junio de 2017**, en San Juan, Puerto Rico.

ADALBERTO FUENTES GONZALEZ OFICIAL ADMINISTRATIVO II SUCURSAL DE PONCE

Teléfono: (787) 641-4075.

El artículo 16 de la Ley 9 del 25 de abril de 2013, según enmendada, establece que: "Todo crédito, depósito o sobrante por cualquier concepto en el Gobierno Estatal, o una dependencia o instrumentalidad de éste, a favor de un asociado que habiendo cesado en su puesto estuviere en deuda con la Asociación, que no esté gravado en el sistema de retiro correspondiente será retenido por el Secretario de Hacienda de Puerto Rico o el funcionario competente y transferido a los fondos de la Asociación para solventar parcial o totalmente la deuda pendiente con la misma".

5855

Case:17-03283-LTS Doc#:10784-1 Filed:02/07/20 Entered:02/10/20 17:11:44

OPCIONES PARA RETIRAR AHORROSTY PAHA SOCIO EN CONTINUIDAD PARTE LA SIER COMPLETADA POR EL SOCIO SEGURO SOCIAL NOMBRE Y APELLIDOS 4682 00698 Jorge CÓDIGO POSTAL TELÉFONO DIRECCIÓN RESIDENCIAL 00658 CÓDIGO POSTAL TELÉFONO CELULAR DIRECCIÓN POSTAL 787 - 470 150698 HC-05 FECHA DE NACIMIENTO INDIQUE LA AGENCIA ANTERIOR DONDE TRABA MES, DÍA, AÑO FECHA DE EFECTIVIDAD PUESTO - OFIC. COMENZÓ A TRABAJAR **TERMINÓ** DE LA RENUNCIA **AGENCIA** NEG. O DIVISIÓN mar. Administración de Comen 25 MARS 91 ひくて NO TIENE AEELA MASTERCARD? INDIQUE FECHA(S) DE LICENCIA(S) SIN SUELDO FIRMA DEL SOCIO NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED MARYSi OPCIONES PARA RETIRAR AHORROS Y PARA SOCIO EN CONTINUIDAD PARTE II OPCIONES PARA RETIMAM ARUMNOS I FAMA GOURGE DE SENTIMA DE Favor de marcar una Opciones 3% DESCUENTO MÍNIMO REQUERI A - Socio en Continuidad B - Cancelación de Deuda ESPECIFIQUE OTRO DESCU Sobrante C - *Retiro Parcial de Ahorros D - Retiro Total de Ahorros INICIALES DEL PENSIONADO *Conforme a las normas aplicables PARA SER COMPLETADA POR LA AGENCIA Nombre del Socio Agencia 🔊 Fecha (s) de L'icencias sin Sueldo Desde: (sea específico) Fecha de Efectividad de la Renuncia Sistema de Retiro al cual pertenece SI VA A COMENZAR A TRABAJAR EN OTRA AGENCIA, FAVOR INDICAR: b) Fecha a) ¿Cuál? LOS SIGUIENTES DESCUENTOS DE SU SUELDO MENSUAL FUERON REALIZADOS PARA LA ASOCIACIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES DE TRABAJO. INDIQUE SI REMITIRÁ PAGO GLOBAL \$ Certifico que he verificado toda la información ofrecida y que es completamente correcta: Dir. de Recursos Humanos o su Representante Autorizado

(Use letra de molde)

3-64